

EL MOLINETE



Boletín electrónico de novedades del Programa de Prevención en
Salud para Centros de Cuidado Infantil

FUNDASAMIN

Febrero 2022

Nro. 17

Directoras: Dra. María Elina Serra

Lic. Esp. Rose Mari Soria

FUNDASAMIN Honduras 4160-CABA-Argentina

Registro Propiedad Intelectual RL-2020-61549599

docencia@fundasamin.org.ar

Nuestro programa, pionero en Argentina en su género y en línea con la misión de FUNDASAMIN de promover cuidados para la salud basados en la mejor evidencia científica disponible, tiene por objetivos:

- *Acercar a la comunidad de cuidadores, personal auxiliar, docentes y directivos de centros de cuidado para niños de 45 días a 5 años medidas básicas de prevención en salud en la infancia.*
- *Contribuir con la difusión e implementación de medidas de prevención en los centros de cuidado infantil y sus comunidades, enfatizando el rol del centro de cuidado como institución promotora de la salud en la infancia.*
- *Motivar en los decisores la puesta en marcha de mecanismos que fomenten y regulen la prevención y promoción de salud en los centros de cuidado infantil.*



En este número:

- **Vuelta a clases, COVID-19 y vacunación**
Por María Elina Serra
- **Controles visuales y auditivos en la primera infancia**
Por Rose Mari Soria
- **Duelo en la primera infancia**
Por Aldana Di Costanzo & Sebastian Kirschenbaum

Los contenidos vertidos en los artículos son responsabilidad de los autores. Los puntos de vista expresados no necesariamente representan la opinión de la dirección de este boletín. Se autoriza la reproducción de los contenidos a condición de citar la fuente.

Vuelta a clases, COVID-19 y vacunación

Por María Elina Serra

Doctora en Medicina. Pediatra.

Programa de Prevención en Salud para Centros de Cuidado Infantil. FUNDASAMIN.

Contacto meserra@fundasamin.org.ar

Con la inminente vuelta a clases reaparecen, tanto en las familias como en el personal del centro de cuidado infantil, inquietudes y dudas sobre la situación epidemiológica, la posibilidad de contagio y la vacunación frente al COVID-19. Y si bien hemos aprendido mucho desde el inicio de la pandemia hasta hoy, la evolución del tema es dinámica y nos exige estar repreguntándonos y modificando medidas y protocolos.

Durante los primeros meses de la diseminación del COVID-19 se difundió la idea, errónea, de que los niños y niñas estaban “a resguardo” de esta enfermedad solo por su condición de niños. Hoy sabemos que ello no es así, y que si bien el grupo de mayor riesgo estaba conformado por adultos mayores, ninguna persona está exenta de enfermarse. Más aún, la evidencia actual muestra con mucha claridad que los niños y niñas pueden enfermarse y pueden enfermarse gravemente ante la infección por este virus. Pueden presentar las complicaciones que inicialmente se describieron para los adultos, y otras, también graves, exclusivas de la edad pediátrica como el Síndrome Inflamatorio Multisistémico. También pueden presentar secuelas. Y, como cualquier persona, pueden contagiar a otros.

Ante este conocimiento surgió también como un postulado claro que lo deseable era contar con la posibilidad de prevenir esa infección, también en la infancia. Y allí aparecieron, además de las medidas de cuidado que todos conocemos, las vacunas para COVID-19.

Al momento de escribir este artículo (enero 2022) en nuestro país se dispone de vacunas para personas desde los 3 años de edad. Se trata de una vacunación recomendada, pero no obligatoria. Y es este el punto que genera, quizás, la mayor inquietud cuando pensamos en

el inminente inicio del año lectivo: ¿Debieran todos los niños y niñas estar vacunados? ¿Debiera ser obligatoria esa vacunación? ¿Debiera el centro de cuidado pedir constancia de la misma? ¿Debiera proceder de un modo diferente con niños y niñas vacunados y no vacunados? ¿Y qué pasa con los adultos que desempeñan funciones en el centro de cuidado?



A continuación se intenta despejar algunas de estas preguntas, basados en la información científica disponible hasta el día de hoy.

En relación a si todos debieran vacunarse, de los datos comparados entre personas vacunadas y no vacunadas que se infectan y la evolución de esas infecciones, surge contundentemente la recomendación de vacunarse.

Actualmente se dispone de vacunas incluso para una parte de la edad pediátrica (a partir de los 3 años). Todas las vacunas disponibles en este momento en Argentina han mostrado ser seguras, además de útiles. La “forma de fabricación” de estas vacunas data de hace décadas, por lo que no se trata de algo novedoso o que pudiera entrañar un riesgo inesperado. Hay datos tanto sobre el efecto de la vacuna en los niños como sobre el de la enfermedad, que permiten comparar, y que inclinan muy notoriamente la balanza a favor de la vacunación.

EL MOLINETE

Con respecto a la obligatoriedad, hasta el momento esta vacuna no ha sido incluida en el Calendario Nacional de Vacunación (que contempla aquellas vacunas que por Ley Nacional nº 27491 son obligatorias). Es así que no puede exigirse a las familias la vacunación de sus hijos en este caso. Sin embargo, y como sucede aún con aquellas vacunas que sí son obligatorias, el centro de cuidado y su personal tienen un rol promotor de la salud en virtud del cual es deseable que informen respecto del beneficio de vacunar.

Dado que no se trata de una vacunación obligatoria, el centro de cuidado no podría exigir constancia de esa vacunación. Por otra parte, si los protocolos de cuidado y aislamiento concernientes al funcionamiento del centro de cuidado (y lo mismo sucedería con las escuelas) son los mismos sin importar cuántas personas estén completamente vacunadas en un determinado centro, tampoco tendría mayor sentido obtener esa información.

Si en el futuro los protocolos se diferenciaron de acuerdo a porcentaje de personas vacunadas en un centro o en una sala, entonces esa información podría ser necesaria. Esto plantea un problema no menor: algunas familias podrían considerar que se trata de una información privada que no desean compartir con el centro de cuidado. Si bien esto es cierto, toda la información sobre salud de los niños es confidencial y sensible, y se solicita con el fin de brindar un mejor cuidado. Es posible que haya familias que prefieran no compartirlo por temor a ser coercionadas para la vacunación. Aquí, una vez más, es primordial manejarse con diálogo y respeto, informando y sugiriendo la consulta con el pediatra de cabecera. Y recordando que con o sin vacuna deben mantenerse todas las medidas de prevención de la transmisión que hemos practicado estos dos últimos años: lavado de manos, distancia entre adultos, uso correcto del barbijo desde los 3 años, ventilación de los ambientes. Estas medidas no solamente previenen el COVID, sino también muchas otras infecciones que afectan especialmente a los niños pequeños.

Con respecto a la vacunación de los adultos que trabajan en el centro de cuidado, la recomendación es que todos se vacunen, sin importar si su función es o no en contacto directo con los niños y niñas. Aunque en nuestro país no hay una indicación diferenciada de vacunas para quienes desempeñan estos roles, la evidencia muestra que es necesario complementar la vacunación obligatoria de cualquier adulto con la de algunas otras enfermedades que circulan con mayor frecuencia en el centro de cuidado infantil.

Para el COVID-19, como para otras enfermedades, la importancia de la vacunación del personal es doble: la protección de sí mismos y la de los niños y niñas del centro.

Tabla1: Vacunación para el personal de CCI

Vacunas obligatorias	Vacunas recomendadas
- Hepatitis B - Difteria y tétanos ("doble bacteriana") - Sarampión y rubeola	- Influenza (antigripal) - Hepatitis A - Tos convulsa - Varicela - Neumococo - SarsCov-2 (COVID-19)

Finalmente, nuestro foco en el COVID-19 nos ha distraído de otras infecciones que siguen siendo de riesgo para la infancia y para las cuales también hay vacuna. Por lo tanto, en este inicio no olvidemos constatar la vacunación obligatoria y facilitar, siempre que sea posible, las posibilidades de completarla para quienes lo necesiten.

Referencias

- Inmunizaciones. En Serra ME, Soria RM. Prevención de Infecciones en Centros de Cuidado Infantil - Guía para el personal” 2a edición. Buenos Aires, 2020. <https://www.fundasamin.org.ar/web/guia-de-prevencion-de-infecciones-en-centros-de-cuidado-infantil-edicion-2020/>
-
- Kao CM, Orenstein WA, Anderson EJ. The Importance of Advancing Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Vaccines in Children. Clin Infect Dis. 2021; 72(3):515-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33527122/>
- Ley Nacional nº 27491. Control de enfermedades prevenibles por vacunación. Diciembre del 2018.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Documento de posición sobre vacunas contra COVID-19 en pediatría. Noviembre 2021. <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2021/12/Documento-de-posici%C3%B3n-sobre-vacunas-contra-COVID19-en-pediatr%C3%ADa-SAP-30-11-21.pdf>
- Zimmermann P, Curtis N. Coronavirus Infections in Children Including COVID-19: An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prevention Options in Children. Pediatr Infect Dis J. 2020; 39(5):355-68. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7158880/>

Controles visuales y auditivos en la primera infancia

Por Rose Mari Soria

Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería Neonatal.

Programa de Prevención en Salud para Centros de Cuidado Infantil. FUNDASAMIN.

Contacto rmsoria@fundasamin.org

El normal desarrollo visual y auditivo en niños y niñas es un componente fundamental que propicia la adquisición de habilidades, el aprendizaje, la actividad lúdica y la socialización. Es imprescindible entonces el control y seguimiento de la visión y audición desde el nacimiento y durante la primera infancia como parte de los controles habituales de salud del niño/a sano. Esto posibilita implementar cuidados para la prevención, detectar eventuales alteraciones y tratarlas oportunamente.

Respecto de la audición, en Argentina es obligatorio realizar las pruebas auditivas a los/las recién nacidos/as antes del egreso de la maternidad, en cumplimiento de lo que establece el Programa Nacional de Detección de la Hipoacusia, creado por Ley Nacional n° 25415/2001. Este estudio de la capacidad auditiva realizado durante el primer mes de vida permite prevenir o tratar potenciales consecuencias negativas en el lenguaje y las áreas del desarrollo previamente mencionadas. El déficit auditivo en niños/as puede ser de leve a profundo y de acuerdo a ello hay alternativas de tratamiento y recursos tecnológicos para mejorar o posibilitar la audición.



Esto pone de relevancia que el diagnóstico temprano en la infancia cambia notablemente el pronóstico. Es por ello que en forma complementaria a la pesquisa auditiva y los controles pediátricos hay algunas pautas orientativas para que quienes conviven, cuidan o tienen contacto con niños y niñas, puedan estar atentos y consultar.

Los niños y niñas suelen:

- Sobresaltarse ante ruidos repentinos e intensos (desde el nacimiento).
- Reconocer las voces de sus padres y/o cuidadores primarios (a partir de los 3 meses).
- Dirigir la cabeza y la mirada hacia el lugar/objeto de donde viene el sonido (a partir de los 6 meses).
- Imitar sonidos (antes de los doce meses).
- Decir algunas palabras: mamá, agua, adiós (antes de los doce meses).

La evolución del lenguaje de un niño/a acorde a la etapa del desarrollo puede observarse en una secuencia tal como: gorjeo, balbuceo, jerga (comprensible para padres/cuidador primario) y lenguaje propiamente dicho. Los niños y niñas a partir de los dos años necesitan el lenguaje como herramienta de manifestación de necesidades básicas y esto es particularmente perceptible en el ámbito del CCI. Si bien las dificultades del lenguaje pueden responder a trastornos de la audición esta no es la única causa, hay otras causas anatómicas o fisiológicas que pueden motivarlas. Por lo tanto es muy importante conocer los signos de alarma para favorecer la consulta inmediata e iniciar el proceso de identificación del problema y tratamiento.

EL MOLINETE

En relación a la visión, el período entre el nacimiento y los nueve años de edad es crítico para su desarrollo y es altamente vulnerable a factores diversos con alto riesgo de daño. La visión es todo un aprendizaje que implica la integración funcional de ambos ojos para trabajar conjuntamente, por lo que ambos deben recibir imágenes claras, en simultáneo y focalizadas equitativamente.

Cualquier interferencia en ese proceso provoca disminución de la agudeza visual que puede ser leve o grave dependiendo del momento, la intensidad y el tiempo. Sin embargo, en virtud de la plasticidad neuronal, puede haber muy buena respuesta si se elimina a tiempo el factor que causa ese daño y revertirse la situación visual del niño o niña. Por ejemplo, la falta de estimulación adecuada de la visión durante la infancia es la causa de que un porcentaje significativo de prescolares tenga afectación de uno de sus ojos, con lo que se denomina visión monocular, esta situación puede revertirse si se trata antes de los nueve años.

El examen oftalmológico en menores de cuatro años para medir agudeza visual es sencillo, no invasivo y de gran valor diagnóstico para establecer un seguimiento y tratamiento posterior de ser necesarios.

El Ministerio de Salud de la Nación recomienda realizar un control oftalmológico a todos los niños y niñas previo al ingreso escolar, sin embargo, en función de lo antes mencionado respecto del desarrollo de la visión y sus implicancias, es importante que en los controles habituales de salud se considere este aspecto desde etapas tempranas de la infancia.



La implementación de cuidados orientados a prevención implica observación cercana del niño o niña en su entornohabitual de interacción y su desempeño en las actividades adecuadas para la etapa del desarrollo.

Desde el CCI puede trabajarse el tema con las familias, estimulándolas a observar a sus niños y niñas y a cumplir con el cronograma de controles de salud del niño/a que incluye el control oftalmológico.

Un cuidado a considerar por su impacto en la visión y más allá de ella en otros aspectos de la salud infantil es la exposición a pantallas. La Asociación Americana de Oftalmología plantea estricta restricción en el uso de pantallas a los menores de 2 años, fundamentada en que en esa etapa tan temprana, los músculos de los ojos se están desarrollando y adquiriendo potencia para enfocar y por lo tanto el ejercicio de la visión cercana tiene que ser el menor posible. Algunas de las consecuencias de ese hábito son la miopía, el cansancio ocular digital y los trastornos del sueño, por lo tanto no es recomendable la exposición prolongada a pantallas aún más allá de la primera infancia.

A modo de síntesis: el objetivo de este artículo es brindar un acercamiento al tema para destacar la importancia del desarrollo visual y auditivo en la infancia y sus implicancias. El propósito es motivar a que en el ámbito del CCI, quienes implementan el cuidado pongan especial énfasis en la observación de estos aspectos cotidianamente.

Desde el CCI es un aporte sustancial a la salud de niños y niñas promover y facilitar el control visual y auditivo, trabajando al respecto con las familias de su comunidad de influencia.

Referencias:

- Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo del CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Pérdida auditiva en niños. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/hearingloss/index.html>
- Biblioteca Nacional de Medicina Medline Plus. Pruebas de audición para niños. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/pruebas-de-audicion-para-ninos/#:~:text=Las%20pruebas%20de%20audici%C3%B3n%20miden,del%20lenguaje%20y%20el%20habla.>
- López-Torres V, Salamanca-Libreros OF, Törnquist AL. Recomendaciones para el examen visual en los niños. Iatreia. 32(1):40-51. 2019. <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v32n1/0121-0793-iat-32-01-00040.pdf>
-
- American Academy of Ophthalmology. Exámenes de detección ocular para niños. Disponible en: <https://www.aao.org/salud-ocular/consejos/tamizaje-ofthalmologico-para-ninos>
- American Academy of Ophthalmology. Herramientas tecnológicas para niños con baja visión. Disponible en: <https://www.aao.org/salud-ocular/consejos/herramientas-tecnol%C3%B3gicas-para-ni%C3%B1os-con-baja-visi>
- Binda Victoria. Examen oftalmológico infantil. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/examen-ofthalmologico-infantil/>

Duelo en la primera infancia

Por Aldana Di Costanzo & Sebastian Kirschenbaum

Lic. Aldana Di Costanzo
Fundadora Fundación Aiken
aldanadicostanzo@fundacionaiken.org.ar

Lic. Sebastián Kirschenbaum
Asesor técnico Fundación Aiken
skirschenbaum@fundacionaiken.org.ar

La muerte de un ser querido es un evento movilizante. Luego del impacto que provoca la noticia, la familia comienza un tiempo de reestructuración en el que tendrán que confrontar con la realidad de la pérdida, abrirse al dolor que provoca la ausencia y reconstruir la relación con todo lo que se ha perdido. Estos desafíos que las personas en duelo tendrán que afrontar, se darán en una oscilación entre experiencias orientadas a afrontar la pérdida y experiencias orientadas a afrontar la restauración de un mundo en el que el ser querido ya no está.

Al comienzo es esperable que haya un momento agudo de dolor y sufrimiento, teñido de desorganización y caos por el impacto emocional y cognitivo que provoca la muerte. Es un momento en el que muchas personas se sienten desorientadas y las rutinas habituales se ven alteradas.

Si todo va bien, a medida que pase el tiempo, estás aguas agitadas se irán calmando, a la manera en que un río de montaña, al comienzo tumultuoso y agitado, va perdiendo intensidad hasta desembocar suavemente en el mar, no sin antes pasar por desfiladeros y lugares sinuosos creando corrientes rápidas y generando sitios donde el agua parece estancarse.

Cuando en las familias hay bebés o niños muy pequeños no es raro escuchar la frase “por suerte es muy chico, no va a sufrir la ausencia” o “no se va a dar cuenta porque todavía no entiende”.

La idea detrás de esas frases es que los niños y niñas más pequeños al no comprender qué quiere decir que alguien ha muerto, no sufrirán el dolor de la pérdida.

Si bien es cierto que la noción de muerte como tal no es comprensible a temprana edad, los niños si reconocen la ausencia de las personas significativas, habitualmente la madre o el padre, pero también de otras personas importantes para su cuidado o el intercambio afectivo.

Es esperable que un bebé reaccione ante la pérdida estando más irritable que de costumbre, durmiendo mal o rechazando el alimento que antes comía de buen grado. Es posible que el llanto se convierta en algo cotidiano en su afán de conseguir que la persona ausente retorne y que al no lograrlo esto incremente el fastidio y los comportamientos de rechazo.

Por ese motivo es importante intentar conservar las rutinas lo máximo posible y ser tolerantes y empáticos con las necesidades que el niño podrá mostrar con un aumento de su demanda a sus otras personas significativas.

A medida que el niño va creciendo y su desarrollo cognitivo y emocional va avanzando la ausencia del ser querido fallecido irá ocupando otro lugar. Posiblemente surgirán preguntas relacionadas con cómo es crecer sin esa figura significativa que tendrán que ser acompañadas por los adultos.

Durante los últimos tiempos ha tomado fuerza, entre quienes trabajan en el campo de duelo, la idea acerca de la importancia que tiene la continuación del vínculo con los seres queridos fallecidos a lo largo de toda la vida. Esta

noción es particularmente relevante cuando pensamos que quien sufre la pérdida es alguien muy pequeño. El vínculo con la persona fallecida lo acompañará durante toda su vida y será importante en su desarrollo cómo los adultos a su alrededor se vinculen con la ausencia.

Caso clínico: Juana¹

Juana tenía dos años y medio cuando su papá Beltrán se suicidó. Yanina, su mamá, consultó cuando la niña tenía 4 años. En ese momento Juana tenía una hermana, María de 11 años (hija de otro papá, pero muy afectada también por la muerte de Beltrán, ya que había vivido con él desde sus 3 años).

Yanina consulta porque Juana comienza a preguntar reiteradamente por su papá, insistiendo en que quiere verlo, quiere saber dónde está y cuestionando por qué todos tienen papá y ella no.

La madre es una mujer con muchos recursos internos para el acompañamiento emocional de su hija. Desde un inicio pudo contarle lo ocurrido (con palabras e ideas acorde a su edad). No obstante, con el desarrollo evolutivo de Juana, el tipo y profundidad de las preguntas comenzaron a cambiar.

Yanina pudo utilizar la palabra muerte desde un inicio. Beltrán murió ahorcándose con una soga en un lugar al que toda la familia iba habitualmente. Cuando Juana preguntaba que le había pasado, su mamá le respondía que se había lastimado el cuello muy fuerte y se murió.

La primera consulta de la familia se realizó al año del fallecimiento del papá. En ese momento se realizaron entrevistas de orientación para la madre ya que Juana comenzaba a hacer preguntas más detalladas sobre la muerte de su padre. Luego, a sus 4 años comenzó un espacio individual, ya que la angustia por no tener a su papá comenzó a ser más intensa y comenzó a afectar varias áreas de su vida.

Apenas ocurrió el fallecimiento, Juana solo podía registrar la ausencia de la figura de su padre. Preguntaba por él, notaba la falta, pero al no tener incorporado el concepto de muerte lo asociaba con el dormir o el “haberse ido”. En este punto la madre supo sostener la idea de muerte, aun sabiendo que quizás no podría procesar el concepto en sí.

A sus 4 años cuando llega a la consulta, luego de crearse el vínculo terapéutico, se comenzó a trabajar con los 4

conceptos básicos sobre la muerte a través de imágenes, dibujos y juegos:

- 1) Todas las funciones vitales terminan completamente en el momento de la muerte.
- 2) Todo lo que está vivo muere al final.
- 3) Hay razones físicas por las que una persona se muere.
- 4) La muerte es irreversible.

También, gran parte del tratamiento fue en sesiones vinculares con la madre, ya que uno de los objetivos terapéuticos era la reconstrucción de la historia en relación con su papá y a su primera infancia. Al ser tan pequeña cuando falleció el padre, Juana no tenía casi recuerdos con él y sobre él, por lo cual se trabajó con diversas dinámicas que le permitieron tener información, apropiarse de ella y armar parte de la historia con su papá.

Una de las propuestas que más le gustó a Juana y generó mucho movimiento a nivel familiar fue el armado de la “caja de los recuerdos”. Una vez que decoraron la caja junto con su mamá, comenzó a recolectar objetos significativos que estuvieran relacionados con su papá, pidiéndole ayuda no solo a su mamá y a su hermana sino a tíos y abuelos. Juana disfrutaba durante las sesiones abriendo la caja y compartiendo la historia de cada uno de los objetos que guardaba: una bombilla, una cartuchera, una foto de ellos dos envueltas en un folio, un collar, unos dibujos, agujas de crochet...

Actualmente Juana tiene 6 años y asiste a los grupos terapéuticos de Fundación Aiken, donde comparte con otros niños en duelo las diversas emociones, anécdotas y preguntas en relación con su ser querido fallecido. Su hermana María también asiste a un grupo de niños más grandes y su mamá el grupo de adultos.

El proceso de duelo de Juana seguirá en constante transformación a medida que ella avance en su desarrollo cognitivo y emocional. Cada paso, cada movimiento que pueda hacer de manera sólida y acompañada, es una huella, que da paso a otro movimiento necesario para seguir el curso del proceso.

Hoy Juana puede decir que su papá se murió, que apretó su cuello con una soga hasta que sus pulmones se quedaron sin aire, que lo extraña, que le gustaba mucho comer medialunas y hacer de payaso, que sabe que no lo va a ver más y que recuerda con mucha claridad cuando jugaban juntos en la pileta de la casa de su abuela.

EL MOLINETE

En los próximos meses irán en familia a esparcir las cenizas de su papá en la provincia de Córdoba, como él quería, Juana es parte del proceso de duelo familiar. Juana pudo ser incluida.

¹ Los autores declaran contar con el consentimiento informado escrito por parte del adulto responsable para la presentación de este caso clínico. Los nombres de personas y lugares han sido modificados con el fin de mantener la confidencialidad.

Referencias:

1. Dennis T. The Grief River. En: Techniques of grief therapy: assessment and intervention. New York: Routledge; 2016.
2. Neimeyer RA. Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Paidós; 2007.
3. Schonfeld DJ, Quackebush M. Después que muere un ser querido - cómo enfrentan el duelo los niños y cómo los padres y otros adultos los pueden apoyar. New York, Ny: New York Life Foundation; 2009.
4. Klass D, Silverman PR, Nickman SL. Continuing bonds: new understandings of grief. Washington, Dc: Taylor & Francis; 1996.
5. Stroebe M, Schut H. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. OMEGA - Journal of Death and Dying. 2010 Dec;61(4):273–89



EL MOLINETE

Suscripción gratuita, entregas bimestrales

¡Ayudanos a ampliar la red!

Si querés que tus contactos también reciban El Molinete

Escribinos a: docencia@fundasamin.org.ar



[Facebook del Programa de Prevención en Salud para Centros de Cuidado Infantil](#)



Honduras 4160 (1180) C.A.B.A.- Argentina

Tel: 4863-4102 / 4862-9384